

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção a saúde do idoso na Unidade Estratégia Saúde da
Família São Gregório, Dom Pedrito /RS**

Maria Eugenia Legra Silot

Pelotas, 2015

Maria Eugenia Legra Silot

**Melhoria da atenção a saúde do idoso na Unidade Estratégia Saúde da
Família São Gregório, Dom Pedrito /RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Maria Emilia Nunes Bueno

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S585m Silot, Maria Eugenia Legrá

Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na Unidade Estratégia Saúde da Família São Gregório, Dom Pedrito Rs. / Maria Eugenia Legrá Silot; Maria EmiliaNunes Bueno, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

76 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde do Idoso 4. Assistência domiciliar 5. Saúde Bucal I. Bueno, Maria EmiliaNunes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*Dedico este trabalho a meus pais,
A minha família que sempre ficam na torcida pelo meu crescimento profissional.*

Agradecimentos

Meus agradecimentos a:

A Comunidade,

A Equipe de Saúde,

Aos Gestores de Saúde,

Em especial a minha tutora: Maria Emilia Nunes Bueno.

Resumo

SILOT, Maria Eugenia Legra. **Melhoria da atenção a saúde do idoso na Unidade Estratégia Saúde da Família São Gregório, Dom Pedrito/RS**. 2015. 76f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. Dentro desse grupo os denominados mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada constituindo um segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos. Desta forma buscamos realizar um trabalho de intervenção como objetivo de melhorar a atenção da saúde do idoso na ESF São Gregório, no município de Dom Pedrito/RS. Este trabalho foi realizado um período de 12 semanas e atingiu 498 (97,6%) de um total de 510 idosos moradores da área de abrangência da ESF. Realizamos avaliação multidimensional rápida em 100% dos idosos e o exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos. Também conseguimos com que 100% dos idosos atendidos realizassem exames complementares e clínicos. Os medicamentos foram todos prescritos da farmácia popular. Realizamos visitas domiciliares, verificamos a pressão arterial para todos os idosos durante as consultas. Todos os idosos hipertensos foram rastreados para diabetes e todos foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico. Os registros foram aprimorados, tendo agora todas as fichas e prontuários atualizados. A caderneta da pessoa idosa foi distribuída para todos os idosos. Avaliamos a fragilização na velhice e a rede social de 100% dos idosos cadastrados no programa. As ações de educação em saúde com orientações quanto a nutrição, prática de atividade física e cuidados com a saúde bucal foram também realizadas para 100% dos idosos. Com a realização deste trabalho, observamos que é de vital importância aprimorar as ações nos três eixos pedagógicos, ou seja, monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica para então melhorar a qualidade da assistência prestada.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar
Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.....	56
Figura 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.....	58
Figura 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.....	59
Figura 4: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática ...	60

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
EBS	Equipe Básica de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

.

Sumário

Apresentação	8
Capítulo 1. Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
Capítulo 2. Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	45
2.3.3 Logística	49
2.3.4 Cronograma	52
Capítulo 3. Relatório da Intervenção	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	55
Capítulo 4. Avaliação da intervenção	56
4.1 Resultados	56
4.2 Discussão	62
Capítulo 5. Relatório da intervenção para gestores	64
Capítulo 6. Relatório da Intervenção para a comunidade	66
Capítulo 7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	68
Referências	69
Anexos	70

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas.

Este volume abrange o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS; assim como o funcionamento da mesma na sua rotina de trabalhos. O projeto de intervenção, que corresponde à análise estratégica; apontando a justificativa desta intervenção dentro da unidade e no contexto da atual situação da pessoa idosa. Elaboramos metas para que o principal objetivo fosse alcançado. O Cronograma mostra as principais ações que foram realizadas e assim chegamos aos resultados, mostrados no relatório da intervenção com a descrição das ações. Por fim temos a reflexão crítica do processo de aprendizagem da aluna durante a elaboração do projeto, aplicação prática e análise dos resultados.

Capítulo 1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade de Saúde a qual atuo possui uma equipe composta por uma enfermeira, um técnico de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS), que trabalham de forma organizada, visto que atuam há mais de cinco anos neste trabalho. Quanto a estrutura física, possuímos recepção, sala de espera, a esquerda da entrada, temos um salão de reuniões. Saindo para o interior da unidade temos uma farmácia, uma sala de avaliações onde também se verifica a pressão arterial sistêmica e o peso dos usuários. No final encontra-se a sala de odontologia e em frente à ginecologia e obstetrícia. A direita destas salas está dois consultórios para atendimento infantil e dois banheiros. Acredito que a UBS possui uma boa estrutura, na qual conseguimos realizar um bom atendimento aos usuários.

Procuramos direcionar o atendimento a toda a população de forma organizada e para isso, todas as sextas feiras são realizadas reuniões de equipe, onde são estabelecidas e discutidas maneiras adequadas de realizar e aprimorar a assistência prestada, sempre observando as normas já estabelecidas. O trabalho está organizado com consultas de segunda a sexta feiras, pela manhã. Começamos às 8 horas até as 12 horas e a tarde começamos as 13:30h até 17:30h. Todas as terças feiras realizamos visitas aos domicílios e assistimos a todos doentes prostrados, idosos, gestantes e toda população que precisa de assistência. Nas quintas feiras atendemos as gestantes pela manhã em consulta, temos 15 gestantes. Temos uma demanda em média de 32 usuários por dia. A equipe tem uma relação muito estreita com a comunidade e usuários do serviço e isso favorece um atendimento adequado à população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Estou trabalhando no Brasil, no município de Dom Pedrito do estado do Rio Grande do Sul. Este município tem uma população correspondente a 42.000 habitantes. Conta com uma Estratégia de Saúde da Família - ESF, a qual atuo, que oferece atendimento aos residentes da Comunidade de São Gregório e Santa Terezinha. Também com duas Unidades Básicas de Saúde - UBS tradicionais. Além disso, o município conta com uma Secretaria de Saúde, um Hospital Santa Casa, um Pronto Socorro, um CAP, este vinculado ao SUS, com disponibilidade de algumas especialidades como Pediatria, Gineco-obstetrícia, Anestesiologia, Cardiologista e Clínicos Gerais. Há também um laboratório, pelo atendimento do SUS. Dom Pedrito não conta com NASF nem CEO, em muitos casos, é necessário fazer encaminhamentos a outros municípios para outros atendimentos especializados.

A Unidade Básica de Saúde a qual atuo é uma Estratégia Saúde da Família denominada São Gregório. Está localizada na zona urbana, possui vínculo estreito pelo SUS e não possui vínculo com instituições de ensino. Está muito bem desenhada para um ótimo atendimento, possui uma estrutura física ampla e confortável, com recepção, um salão de espera para 25 usuários, um salão de reuniões, um departamento para arquivos de fichas e prontuários, uma farmácia, dois consultórios, um para o médico Clínico Geral e outro Odontológico. Esses contam com os recursos necessários para acolhimentos e atendimentos adequados dos usuários. Possui também um consultório de enfermeira, uma sala de procedimentos e triagem e outro para mensurações das crianças. Há dois banheiros, um para usuários homens e mulheres e outro banheiro para os profissionais da unidade de saúde. Um local para as refeições dos trabalhadores. Os ambientes possuem adequada iluminação e ventilação natural e artificial, adequada disposição dos equipamentos odontológicos ou sépticos, não há barreiras arquitetônicas, sendo uma Unidade com adequada higiene.

No geral está muito bem estruturada com uma Equipe de Saúde completa, com um médico Clínico Geral, uma Enfermeira, um técnico de Enfermagem, cinco ACS, um odontólogo e um técnico em saúde bucal. Trata-se de uma equipe multidisciplinar que cumpre com as atribuições estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Não temos dificuldades estruturais da UBS e na Equipe de Saúde, sendo essa uma equipe multidisciplinar, com boa preparação para os atendimentos de urgência e

emergência. O desenvolvimento do trabalho é satisfatório, não temos deficiências que atrapalhem o acolhimento e acompanhamento dos usuários. Em determinadas ocasiões temos que fazer encaminhamentos de urgências e emergências médicas. Porém, levando em consideração o propósito da atenção primária em saúde ser voltado para prevenção de doenças e promoção da saúde, muitas doenças agudas são tratadas eficazmente. Todas as formas de atendimento têm um adequado acolhimento e acompanhamento. A Equipe mantém um bom desempenho, sendo ativa, com um dinamismo que vai favorecendo o trabalho, gerando um impacto positivo à população.

As demandas espontâneas são acolhidas e acompanhadas até alcançar o ótimo de seu atendimento. Em determinadas ocasiões, essas precisam de outros serviços e são encaminhadas com segurança de transporte e acompanhamento. Também contamos com a contra-referência em alguns casos, em outros temos que ter estratégias para obtê-la. Não temos excesso de demanda espontânea. A Equipe de Saúde é adequada ao tamanho da população em sua área de abrangência, pois esta comunidade conta com um total de 3735 habitantes, deles 2024 são mulheres e 1711 são homens.

Acompanhamos um total de 19 gestantes 34% de uma cobertura de 56.

Consultas em dia: 19

Solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados: 19

Vacina antitetânica conforme protocolo: 19

Prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico: 19

Avaliação de saúde bucal: 19

Orientação para aleitamento exclusivo: 19

Número de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses: 19 com estimativa do CAP de 45 puérperas.

Delas 19 receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido.

Tiveram a suas consultas puerperais registradas, consultaram antes dos 42 dias de pós parto, receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, orientações sobre planejamento familiar, tiveram as mamas examinadas, abdome examinado, exames ginecológicos, tiveram seu estado psíquico avaliado e foram avaliadas quanto a intercorrências as 19 puerperas.

Número de crianças menores de 1 ano residentes na área e acompanhadas na UBS: 35 (78%) de uma estimativa de 45 crianças menores de um ano.

Consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde, teste do pezinho até os 7 dias, primeira consulta de puericultura nos primeiros 7 dias de vida, triagem auditivo, monitoramento de crescimento na última consulta, vacinas em dia, avaliação da saúde bucal, orientação para aleitamento exclusivo, orientação para prevenção de acidentes as 35 crianças.

Atraso em consulta agendada em mais de 7 dias em 5 crianças.

Total de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero: 1029 o 100(%)

Exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia: 987

Exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso: 42

Exame citopatológico para câncer de colo uterino alterado: 17

Avaliação de risco para câncer de colo de útero: 135

Orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero: 1029

Orientação sobre doença de transmissão sexual: 977.

Exames coletados com células representativas da junção escamocolunar: 0.

Total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS

Para prevenção de câncer de mama: 310 (80%) de uma estimativa por o CAP de 386

Mamografia em dia: 275

Mamografia com mais de 3 meses de atraso:35

Avaliação de risco para câncer de mama: 85

Orientação sobre prevenção de câncer de mama: 310

Total de hipertensos com 20 anos e mais residentes na área e acompanhados na UBS: 745 para um 89% de um total de 835 por o CAP

Realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico: 453

Atraso em consulta agendada em mais de 7 dias: 106

Exames complementares periódicos em dia: 453

Orientação sobre prática de atividade física regular: 745

Orientação nutricional para alimentação saudável: 745

Avaliação de saúde bucal em dia: 147

Total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS: 221(92%) de uma estimativa por o CAP de 239.

Com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico: 203

Com atraso de consulta agendada em mais de 7 dias: 48

Com exames complementares periódicos em dia: 203

Com exame físico dos pés nos últimos 3 meses: 53

Com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses: 107

Com orientação sobre prática de atividade física regular: 221

Com orientação nutricional para alimentação saudável: 221

Com avaliação de saúde bucal em dia: 180

Saúde bucal

Informe do número de atendidos em primeira consulta programática para:

Pré escolares: (0 a 4 anos) 74%

Escolares: (5 a 14 anos) 77%

Outros exceto gestantes: (15 a 19 anos) 83%

Idosos: (60 anos e mais) 80%

Gestantes: 34%

O trabalho tem boa fluidez, todas as sextas-feiras têm reunião para debater ações, estratégias, planejamentos, estabelecerem algumas prioridades em atendimentos geralmente domiciliares. Isso ocorre sem alterar o protocolo das atividades da Unidade. Estas reuniões são muito positivas, pois mantêm uma adequação do trabalho e favorece a boa coordenação das atividades dirigidas à população.

Fazemos atendimento de puericultura para o grupo etário de 0 a 72 meses, o atendimento é realizado de segunda a quarta-feira, nos dois turnos de trabalho, manhã e tarde. Estas ações têm uma programação determinada por idade e riscos. Como já sabemos, o atendimento das crianças começa no período pré-natal, o qual se inicia com ações de promoção e prevenção de saúde com relação ao aleitamento exclusivo até os 6 meses de idade. Fazemos orientações à gestante sobre a importância de seu adequado atendimento e importância da assistência a consultas de sua criança, prevenção dos acidentes, o atendimento das crianças leva uma gama de ações como conhecer seu estado nutricional, crescimento e desenvolvimento psicomotor, avaliação de alguma alteração, também temos o desenvolvimento da dentição, da linguagem, comportamento da curva de peso, estatura, circunferência cefálica,

vacinação, alimentação e muitos outros. Todas estas ações são registradas nos prontuários clínicos, formulário especial de puericultura, ficha de atendimento odontológico e caderneta das crianças que sempre mantemos atualizadas.

O monitoramento do seguimento das crianças é contínuo para a obtenção de um atendimento qualificado. A equipe tem rigoroso desempenho neste grupo prioritário, não temos criança fora da área de cobertura. O atendimento está determinado também por a idade da criança, os riscos, doenças associadas, alguma eventualidade que se apresente em seu desenvolvimento. Sempre ao terminar as consultas, já deixamos a próxima programada. A captação precoce da criança é um adequado indicador de nosso trabalho e um bom acompanhamento na UBS. Sempre temos que ter um atendimento amplo desde o ponto de vista, biótico social, manter visitas domiciliares e treinamentos dos cuidados das crianças e suas cuidadoras. Os aspectos positivos em relação aos atendimentos das crianças na Unidade de Saúde estão determinados por todas as ações que fazemos.

Ações de promoção, prevenção, os seguimentos com a frequência estipulada, valorização de todos os parâmetros que envolvem o desenvolvimento psicomotor. Porém temos algumas insatisfações relativas à cobertura. Precisamos aumentar o número das crianças atendidas, pois contamos com um total de 35 crianças menores de um ano acompanhadas no serviço, representando uma cobertura de 78%.

Também existem demandas espontâneas neste grupo e são bem acompanhadas na Unidade, não temos excesso dessas demandas. Em determinadas ocasiões temos que fazer encaminhamentos para serviços de Pronto Atendimento. Também usamos os protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do Sistema de Saúde como encaminhamentos para atendimentos de outras especialidades em caso que assim o requeiram. Todas estas ações são registradas adequadamente.

O atendimento de pré-natal é realizado em um dia da semana, na quinta-feira em dois horários, para facilitar o atendimento das gestantes que trabalham. Esta atenção é realizada na UBS pôr a Equipe da Saúde. O primeiro contato da gestante geralmente é com a enfermeira, quem também faz o preenchimento dos dados ao cartão do pré-natal, revisão da vacinação, e todos os dados que envolvem a gestação. Depois é atendida por o médico, que faz a avaliação integral da gestante. Trata se de uma atenção muito minuciosa com todos os dados que podem repercutir neste período. É muito importante ter todos os elementos para fazer uma avaliação verídica

da gestante e assim identificar os possíveis riscos. As gestantes de baixo risco continuam em atendimento na unidade, mas aquelas que são de alto risco continuam sua atenção ao pré-natal com o especialista em gineco-obstetria. Todas estas ações protocolares têm o objetivo de diminuir a morbimortalidade materna e infantil.

As ações de promoção e prevenção de saúde sempre vão estar presentes nas consultas de atenção ao pré-natal, encaminhadas ao aleitamento materno exclusivo, assistência a consultas, importância de seguimento adequado. Entre outras ações está o tratamento oportuno das doenças para que não tenham repercussão em sua gravidez. Todo atendimento pré-natal em nossa UBS é feito pelo protocolo de Saúde e estão registrados em prontuários, fichas e cartão de gestantes, registros de vacinação e odontológicos. O atendimento adequado leva implícito o diagnóstico e tratamento de patologias ou problemas clínicos em geral. O planejamento familiar é um aspecto muito importante a serem discutidos com as gestantes, os hábitos alimentares saudáveis, atividade física, saúde física, riscos do tabagismo, do consumo de álcool, das drogas na gravidez, anticoncepção após parto.

É de relevante importância o monitoramento destas ações, já que são muito úteis para um adequado tratamento e prognóstico. Fazemos o monitoramento de atendimento odontológico, higiene, os tratamentos indicados, vacinação e demais ações. Outro aspecto importante que temos em conta é a saúde mental da gestante. A Equipe de Saúde faz ações de monitoramento no terreno, ações de promoção já mencionadas, fazem orientações a gestantes que não foram a consulta anterior. Ter o conhecimento das condições das gestantes seja biológica, psicológica e social, conhecer fatores de riscos, fazer uma avaliação integral das gestantes são aspectos que sempre levamos em consideração para o bom atendimento.

A gestação é um processo fisiológico, mas não está isento de ter uma complicação. Por isso temos que manter uma atenção de pré-natal com todos os parâmetros que qualificam esta ação, para diminuir a morbimortalidade materno e infantil. Este é o objetivo fundamental da atenção ao pré-natal que continua até o puerpério, onde são captadas precocemente antes os sete dias depois do parto. Em nossa UBS temos dificuldades com a cobertura, temos um total de 19 gestantes, representando uma cobertura de 34%. Com relação a esta situação temos que trabalhar mais para obter o número total de gestantes e com isso melhorar os problemas de cobertura.

Temos um total estimado de 1029 mulheres entre 25 e 64 anos. Nesta faixa etária estão todas as mulheres que devem ser acompanhadas para prevenção de câncer do colo de útero e temos um total de 310 mulheres residentes na área acompanhadas/cadastradas para prevenção do câncer de mama. Em nosso serviço fazemos ações de promoção, prevenção de saúde relacionada com os cânceres de colo uterino e de mama. As ações de prevenção estão dadas fundamentalmente por o estudo cito patológico do colo de útero, este exame se realiza uma vez à semana, sexta feira de manhã, a coleta é realizada pela enfermeira e pela médica, o rastreamento é organizado e feito pelo protocolo do Ministério de Saúde.

As orientações mais frequentes são a importância de realizar cito patológico, que tem grande utilidade para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno para o câncer do colo uterino. Entre outras ações de promoção estão às orientações com relação à promiscuidade, tratamento adequado da cervicite crônica, relações sexuais protegidas com o preservativo. Desta forma também a proteção das doenças sexualmente transmissíveis, como o HPV (papiloma vírus humano), entre outras os riscos das relações sexuais precocemente a multiparidade. Sem dúvida alguma o Programa de Prevenção do Câncer do Colo Uterino e de Mama são Programas priorizados na Atenção Básica de Saúde.

Em específico para o tratamento precoce do câncer de mama, temos 310 mulheres cadastradas, oferecemos orientações às mulheres da importância do auto-exame de mama e a realização da mamografia. Orientamos a importância de não ter hábitos nocivos como o tabagismo, consumo abusivo de álcool, sedentarismo, outro fator de risco frequente no câncer de mama e o aleitamento materno escasso e a nuliparidade. Todos estes atendimentos são registrados em fichas, prontuários, formulário especial para cito diagnostica e para mamografia. As dificuldades estão na quantidade de mulheres que devem estar cadastradas para ser acompanhadas para a detecção precoce de câncer de mama. Porém a equipe está trabalhando em busca ativa das usuárias para fazer ações protocolares em relação à prevenção desta doença.

Temos outras doenças como a HAS e a DM, doenças degenerativas com uma prevalência muito elevada e incidências crescentes. Temos muitos casos ocultos que possuem a doença sem diagnosticar. Em nosso serviço, as ações para a atenção aos hipertensos e diabéticos estão programadas com base nos protocolos. As ações de promoção de saúde são encaminhadas para que a população tenha conhecimento

pleno desta doença. As ações educativas levam orientações para estilos de vida adequada e saudável, evitar o estresse, evitar o sedentarismo, o sobrepeso, alimentação saudável, prática de exercício físico. Também o doente diabético é educado com relação a sua doença, fazemos orientações de todas as complicações que podem ter de não receber atendimento e tratamento, como são a hipoglicemia, disfunção e falência de vários órgãos, principalmente os rins, nervos, olhos, coração e vasos sanguíneos. Também oferecemos orientações sobre os cuidados dos pés para evitar ulcerações e com isso evitar o pé diabético.

O processo de trabalho em nosso serviço está encaminhado a diagnosticar precocemente a HAS com acompanhamento destes doentes de forma adequada. A Equipe mantém as ações de promoção e faz ênfases na alimentação saudável, evitar o estresse, o sedentarismo, entre muitas outras. Também oferece orientações sobre a importância de manter o tratamento farmacológico de forma regular. A EBS prepara-se cientificamente com relação a estas doenças para poder manter um acompanhamento adequado de acordo com os protocolos de saúde. Estes doentes têm planejamento e monitoramento estabelecido, estão registrados em prontuários, fichas, registros odontológicos.

Em muitas ocasiões temos demandas espontâneas deles, mas não em excesso, sendo acolhidos e acompanhados pela Equipe de Saúde. A Equipe tem um empenho muito favorecedor com relação à educação destes usuários em seu tratamento, estilos de vida, acompanhamento a consultas. O panorama destas doenças vai trocando com estas ações educativas, de tratamento e também de reabilitação dos doentes.

De acordo com as estimativas, temos um total de 745 hipertensos e uma cobertura de 80%. Já o número de diabéticos estimado é de 239 e uma cobertura de 90%. Como opção a Equipe precisa realizar um recadastramento para obter os números reais desta população e também buscar o aumento da cobertura.

Outro grupo muito importante são os idosos, o número estimado destes é de 510 idosos e temos cadastrados 498, todos os idosos cadastrados têm atendimento na UBS. A Saúde dos Idosos aparece como uma das prioridades no Pacto pela Vida. Estas prioridades foram estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais aqui no Brasil.

Tendo em conta que os agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis têm sido as causas de óbito na população idosa, eles são atendidos

em nosso serviço todos os dias nos dois turnos de trabalho, exceto na quinta que é o dia de atendimento das gestantes. Todo idoso tem atendimento programático e sai da consulta com a próxima consulta programada.

O atendimento também está determinado por a característica do idoso. Muitas vezes temos que fazer visita domiciliar, já que alguns idosos têm doenças e agravos crônicos não transmissíveis, estados permanentes ou de longa permanência que requerem de acompanhamento contínuo, outros mantêm um estado incapacitante.

A qualidade da atenção do idoso esta determinada por sua vulnerabilidade e as políticas de saúde que precisam contribuir para que as pessoas alcancem as idades avançadas de sua vida com o melhor estado de saúde possível. No trabalho da Equipe de ABS, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das Redes Sociais tem um especial lugar em o atendimento aos idosos. A Equipe de Saúde mantém um estreito vínculo com os idosos com relação a seu atendimento domiciliar, ao manejo das doenças e cooperação familiar, respeitando sempre sua autonomia.

Toda a Equipe está envolvida no atendimento ao idoso e tem conhecimento pleno de sua atenção, neste caso promovendo o trabalho em grupo. Mantêm-se ações de promoção de saúde com orientações relacionadas com uma adequada alimentação, importância da prática de atividade física, abandono de hábitos nocivos como o tabagismo e uso do álcool, importância da saúde bucal.

Todas estas ações têm um planejamento e um monitoramento integrado com a equipe de saúde bucal e são registradas em fichas, prontuários e registros odontológicos.

De maneira geral devemos trabalhar ainda muito mais para melhorar os indicadores dos grupos prioritários, fazer o cadastramento de toda a população, aumentar as ações de promoção, prevenção e reabilitação de saúde. Ainda falta ter continuidade e integralidade das ações da Equipe de Saúde. A Atenção Básica de Saúde precisa de nossos esforços mantidos para melhorar a qualidade da assistência.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Fazendo uma comparação deste Relatório do Analise Situacional com o texto da segunda tarefa de Ambientação em resposta a pergunta, Qual a Situação de ESF-APS em seu serviço? Posso dizer que há uma grande diferença, sendo que nesta

primeira tarefa, tínhamos apenas uma visão mais da estrutura física da UBS, sem levar em consideração uma discussão dos parâmetros de atendimento dos diferentes Programas de ABS. Agora podemos dizer que temos um caminho e um tempo recorrido em nosso trabalho, que nos permite observar a rotina diária, a realidade da Comunidade, permitindo a realização da análise situacional.

Capítulo 2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. Dentro desse grupo os denominados mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos (Brasil 2006). Os agravos das doenças crônicas não transmissíveis têm sido as principais causas de óbito na população idosa, seguindo uma tendência mundial. O atendimento destas pessoas está determinado por suas limitações auditivas, cognitivas, nível de orientação, alterações verbais, alteração ou capacidade de escrever, falar, ler ou entender. Trata-se de uma população vulnerável que pode chegar a um estado incapacitante afetando o desempenho e sua qualidade de vida. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, o envelhecimento ativo e saudável e o grande objetivo nesse processo.

Quanto a estrutura física disponível para a realização da intervenção, contamos com uma sala de recepção, sala de espera, um salão de reuniões, uma farmácia, uma sala de avaliações onde também se verifica a pressão arterial sistêmica e o peso dos usuários. Contamos também com uma sala de odontologia e de ginecologia e obstetrícia. A estrutura física é composta também por dois consultórios para atendimento infantil e dois banheiros. Quanto aos recursos humanos que estarão engajados neste trabalho, possuímos uma equipe composta por uma enfermeira, um técnico de enfermagem e cinco agentes ACS que trabalham de forma organizada visto que atuam há mais de cinco anos neste trabalho. Acredito que a UBS possui uma boa estrutura, na qual conseguimos realizar um bom atendimento aos usuários.

A área adstrita da UBS abrange um total de 3735 habitantes, deles 2024 são mulheres e 1711 são homens. Escolhemos trabalhar com a pessoa idosa, pois apesar de ter uma estimativa de que haja 510 idosos em nossa área de abrangência, não os conhecemos em sua totalidade. Desta forma, considera-se importante conhecer e aumentar a cobertura da população idosa da nossa área de abrangência e melhorar os indicadores de qualidade. Pretendemos realizar uma intervenção que traga melhorias significativas para o serviço, equipe e comunidade. Como toda a equipe está engajada neste trabalho, em tres meses podemos implementar todas as ações e com isso, melhorar a qualidade de atendimento. Não temos limitações nem dificuldades para a implementação deste trabalho, pois temos uma equipe de saúde que tem apresentado um bom desempenho no desenvolvimento de suas atividades e engajada na proposta de mudança.

Esta intervenção será fundamental para melhorar substancialmente todos os objetivos de cobertura, adesão, qualidade de atenção, os registros, mapeamento e as ações de promoção de saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família São Gregório, Dom Pedrito /RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso
2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde
3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso
4. Melhorar o registro das informações
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência
6. Promover a saúde dos idosos

2.2.3 Metas

- Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde ESF São Gregório, Dom Pedrito, 2015.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde

- Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 7: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 7: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 8: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 8: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 9: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 9: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 10: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 11: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

- Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 12: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 12: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

➤ Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 13: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 13: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 14: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 14: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

➤ Relativas ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 15: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 15: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 16: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 16: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 17: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 17: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

➤ Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Meta 18: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 18: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 19: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 20: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) São Gregório no Município de Dom Pedrito/RS. Participarão da intervenção 510 pessoas com 60 anos ou mais moradoras da área de abrangência da USF.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

- **Meta 1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área de abrangência da unidade de saúde para 60%.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão revisão do caderno de cadastramento assim como dos prontuários dos usuários da área de abrangência para verificar a percentagem de idosos atendidos no final de cada mês.

Organização e gestão do serviço

Ação: Acolher os idosos.

Detalhamento: Os idosos serão acolhidos por a enfermeira, que avaliará os riscos assim como por o recepcionista que coletará os dados gerais de cada idoso.

Ação: Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento: será feito por os ACS com apoio e orientação do médico e da enfermagem.

Ação: Atualizar as informações do SIAB

Detalhamento: Será disponibilizado um caderno na recepção para anotar os dados dos usuários idosos da área de abrangência por o recepcionista com apoio do assistente social para atualização no SIAB.

Engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Detalhamento: palestras na recepção da UBS sobre atendimento as pessoas idosas assim como propaganda gráfica a respeito (será realizada por todos os profissionais da UBS).

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Aproveitar os espaços públicos e pontos de encontro como igrejas, ponto de reunião do conselho comunitário de saúde para abordar estes temas assim como em: mercados, escolas, farmácias, centros de trabalho mediante propaganda gráfica informativa. Ficarão responsáveis por esta ação todos os profissionais da UBS.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos; Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço; Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: A capacitação será feita no local do ponto de encontro do conselho comunitário de saúde, pelos profissionais médicos e enfermeiro. Contaremos também com a participação da assistente social, com uma frequência diária por uma semana. Será feita a checagem da participação diária através de registros, controle com assinatura diária.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

- **Meta 2:** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: imprimir modelo de avaliação multidimensional rápida para anexar em cada ficha individual dos idosos e facilitar o trabalho de avaliação dos mesmos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

Detalhamento: Não temos estes instrumentos, desta forma iremos temos que continuar fazendo à solicitação a gestão da unidade.

Ação: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: Ficarão responsáveis pela avaliação dos idosos o profissional médico, a odontologista e a nutricionista.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Detalhamento: Palestra sobre envelhecimento saudável será feito a cada semana. Serão responsáveis por esta ação a enfermagem, o odontólogo e a nutricionista.

Ação: Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: incorporação e ampliar os grupos de idosos para compartilhar experiências. Ficarão responsáveis a assistente social, o médico e a enfermagem.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Detalhamento: atualização sobre os protocolos de atendimento aos idosos na reunião de equipe de saúde da UBS. Ficarão responsáveis o médico e a enfermagem.

Ação: Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Detalhamento: Orientar a equipe sobre parâmetros da avaliação multidimensional rápida nas reuniões de equipes da UBS. Ficarão responsáveis o médico e a enfermagem.

Ação: Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Orientações sobre critérios de encaminhamentos, publicação dos mesmos em sítios visíveis de fácil leitura para os profissionais e os pacientes. Ficarão responsáveis o médico, a enfermagem e os demais profissionais da unidade.

- **Meta 3:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Indicar, exigir e controlar o exame físico completo de cada paciente idoso acompanhado na UBS. Ficarão responsáveis o médico e a enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e ou diabéticos.

Detalhamento: monitorar que cada membro da equipe cumpra com as funções assinaladas. Serão responsáveis o médico e enfermeiro.

Ação: Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento: garantir por parte dos (ACS) a solicitação do médico e de enfermagem da busca destes idosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos originários das buscas domiciliares.

Detalhamento: Serão agendados na segunda, terça, quarta e sexta feira.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: palestras dadas pelos profissionais da UBS seja médico, enfermeiro ou outro.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: o medico e a enfermeira capacitará os demais profissionais nas reuniões de equipes a cada mês.

- Meta 4: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e ou diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: serão revisados todos os prontuários dos usuários da área da abrangência para monitorar quantos pacientes tem feito já os exames laboratoriais e logo em cada consulta a atividade de visita domiciliar.

Organização e gestão do serviço

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: se indicarão exames laboratoriais a 100% dos usuários idosos que buscarem por atendimento no serviço, bem como para aqueles que receberem visita domiciliar. Iremos acordar com a gestão municipal a prioridade de exames para os pacientes idosos. Trabalharemos também com o sistema de alerta para detectar em tempo os pacientes que não realizarem os exames preconizados.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares; Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: O médico, enfermagem e demais profissionais orientarão aos usuários e seus familiares para a realização dos exames uma vez no ano como mínimo.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira irão capacitar os demais membros da equipe durante as reuniões, embasados no protocolo do MS.

- Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular .

Detalhamento: a enfermagem será responsável da entrega dos medicamentos e controle dos mesmos na ficha da Farmácia Popular.

Organização e gestão do serviço

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: a enfermeira realizará o controle de estoque de medicamentos e manterá em dia o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: se orientará sempre na recepção aos usuários sobre a disponibilidade de medicamentos na UBS e na farmácia popular em caso de não ter os mesmos na unidade de saúde. Serão responsáveis por esta ação a recepcionista, a enfermagem que faz a entrega e os demais profissionais que tenham acesso aos medicamentos.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e ou diabetes; Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: A enfermeira fará a atualização dos medicamentos e capacitará os profissionais sobre a disponibilidade dos mesmos na reunião de equipes de saúde.

- Meta 6: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde (ACS) irão realizar o cadastro dos idosos acamados da área de abrangência o qual será atualizado.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: o registro está garantido por a assistente social que se apoiará nos agentes comunitários de saúde para sua atualização periódica.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: será informado regularmente pela enfermagem e assistente social, na recepção da unidade assim como em reunião do conselho comunitário de saúde para conhecimento da população.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: a enfermagem, o médico e a assistente social capacitarão na primeira semana da chegada a UBS aos ACS.

- Meta 7: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: serão identificados todos os usuários acamados ou com problemas de locomoção por os ACS com apoio do cadastro que já é elaborado pela assistente social e também durante as visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Os ACS farão visitas domiciliares diária para cadastramento das pessoas idosas e de seus familiares. O médico e a enfermagem farão visitas domiciliares toda a terça feira no turno da tarde.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar; Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: a assistente social com apoio dos ACS serão os responsáveis por orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar para os idosos acamados o com problemas de locomoção por o medico e a enfermagem nas terças feira de tarde.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: a enfermagem com a assistente social serão os responsáveis por orientar e capacitar os ACS sobre cadastro, identificação e acompanhamento dos idosos acamados o com problemas de locomoção assim como o reconhecimento dos usuários que necessitam de visita domiciliar durante a primeira semana de acolhimento dos mesmos na UBS.

- Meta 8: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número idoso submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: o médico e a enfermagem têm a responsabilidade da tomada da medida da pressão arterial a todos os idosos em cada consulta e visita domiciliar para rastreamento da HAS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS; Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: o médico e a enfermagem têm a responsabilidade da tomada da medida da pressão arterial a todos os usuários idosos e a secretaria de saúde de garantir os recursos necessários.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: o médico e a enfermagem orientarão a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: durante o acolhimento, consultas e visitas domiciliares, assim como na reunião dos conselhos comunitários e nos grupos de idosos.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: a enfermagem capacitará os agentes comunitários e o restante dos profissionais da UBS para verificação da pressão arterial, incluindo o uso adequado do manguito durante a primeira semana de acolhimento dos ACS.

- Meta 9: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de HAS para Diabetes Mellitus (DM).

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: o médico e a enfermagem tem a responsabilidade da tomada da medida da pressão arterial a todos os usuários idosos com DM para rastreamento de pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg em cada consulta ou visita domiciliar.

Organização e gestão do serviço

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM; Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS; Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: a enfermagem fará o acolhimento inicial dos usuários portadores de DM, a primeira avaliação do risco e o hemoglicoteste ou passará diretamente com o médico para avaliação e indicação do teste se for preciso.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS; Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: o médico e a enfermagem tem a máxima responsabilidade, assim como todos os demais membros da equipe de saúde pode orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS. Serão orientados, os idosos, assim como a comunidade, sobre os fatores de risco

para o desenvolvimento da DM em cada consulta, na recepção, nas visitas domiciliares, reuniões do conselho de saúde, etc.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS.

Detalhamento: a enfermagem fará esta capacitação a todos os profissionais na primeira semana de acolhimento dos ACS

- Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: todos os profissionais da UBS podem avaliar os usuários idosos com necessidade de atendimento odontológico e encaminhar para odontólogo da UBS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde; Cadastrar os idosos na unidade de saúde; Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde; Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: os recepcionistas e a técnica de odontologia mais odontólogos serão os responsáveis em cada dia de consulta de Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde, cadastrar os idosos na unidade de saúde, oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde e organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: a odontóloga e a técnica em odontologia serão os responsáveis de Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos em visitas domiciliares reunião de conselho comunitário de saúde com apoio do restante dos profissionais da UBS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento: a odontóloga e a técnica em odontologia serão os responsáveis de capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos em cada reunião de EBS.

- Meta 11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: o odontólogo mostrará ao fim de cada mês ao médico o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde; Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência; Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos; Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: todas estas tarefas serão feitas por odontólogo e técnica em odontologia com atendimento prioritário de um dia por semana para idosos

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na UBS; Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais; Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: a odontóloga e a técnica em odontologia serão os responsáveis de Informar a comunidade sobre importância da saúde bucal em geral, sobre a necessidade da realização de exames bucais de idosos e acompanhamento odontológico em consultas, visitas domiciliares reunião de conselho comunitário de saúde com apoio do restante dos profissionais da UBS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo; Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico; Capacitar os ACS para

captação de idosos; Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: O odontólogo, a técnica em odontologia o médico e enfermagem serão os responsáveis pelas capacitações neste sentido para os ACS, recepcionistas e resto dos profissionais na primeira semana de acolhimentos dos ACS e nas reuniões da UBS.

Objetivo3: Melhorar a adesão dos idosos ao programa de saúde de idoso

- Meta 12: Buscar 100% dos idosos faltosos as consultas programadas

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: O médico, a enfermeira e os ACS serão os responsáveis por monitorar o cumprimento desta ação no fim de cada mês mediante a revisão das fichas dos usuários citados para consultas.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Os ACS em conjunto com a enfermagem serão os responsáveis de buscar os faltosos nas consultas uma vez por semana e acolher os mesmos na UBS.

Engajamento Público.

Ações: Informar à comunidade a importância de realização das consultas; ouvir estratégias da comunidade para não ocorrer evasão dos idosos e esclarecer a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: as informações serão dadas nas reuniões com a comunidade, espaço propício para ouvir estratégias e propostas da comunidade para melhorar as consultas aos idosos.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Treinar os agentes comunitários de saúde para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: o treinamento será feito por a enfermagem, a qual conhece o trabalho em APS nas UBS. As consultas serão feitas semanalmente.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

- Meta 13: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas atualizados.

Monitoramento e avaliação .

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade

Detalhamento: Toda a equipe será responsável por manter atualizado o registro das pessoas idosas, os quais serão monitorados por o medico semanalmente.

Organização e Gestão do Serviço.

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos; pactuar com a equipe o registro das informações; definir o responsável pelo monitoramento dos registros; organizar em um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto o atraso na realização de exames complementares, avaliação multidimensional rápida e demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: as informações do SIAB atualizadas serão mantidas por o recepcionista e tanto a enfermagem como o médico monitorarão esta ação assim como a organização de um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto o atraso na realização de exames complementares, avaliação multidimensional rápida e demais procedimentos preconizados a cada semana.

Engajamento Público.

Ação: Orientar aos pacientes e a comunidade nas reuniões coletivas sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário

Detalhamento: será feito por o médico e a enfermagem nas reuniões coletivas da comunidade, reuniões de conselho comunitário de saúde a cada mês, etc.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: será feito pelo médico e a enfermagem nas reuniões da UBS a cada 15 dias.

- Meta 14: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: o médico e a enfermagem são os máximos responsáveis pelo monitoramento, o qual será feito a cada semana.

Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: acordar com o gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa suficiente para entregar a cada idoso atendido em consulta o em visita domiciliar.

Engajamento Público.

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

Detalhamento: orientar as famílias da importância de que o idoso porte a caderneta durante as consultas, visitas domiciliares, nas reuniões com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: o médico e a enfermagem serão os máximos responsáveis desta ação a cada semana.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

- Meta 15: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Monitoramento e Avaliação.

Ações: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: o médico e a enfermagem serão os responsáveis por monitorar os idosos com maior risco para morbimortalidades através do acompanhamento mensal das fichas espelho e também de informações passadas através dos ACS.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Priorizar o atendimento ao idoso de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: a equipe fará a avaliação e classificação de risco e estabelecerá a ordem de prioridade para o atendimento do dia da consulta dos idosos.

Engajamento Público

Ação: Orientar aos idosos sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento mais freqüente quando apresentar alto risco.

Detalhamento: a equipe orientará nas reuniões coletivas, de conselho de saúde comunitário, na sala de espera da UBS e nos espaços públicos cada vez que for necessário, sobre o risco e a importância do acompanhamento.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar aos profissionais da equipe para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: o médico e a enfermagem capacitarão nas reuniões de equipe, sobre a importância da identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

- Meta 16: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: o médico monitora o número de idosos investigados e avaliará os indicadores de fragilização na velhice de 100 % dos idosos avaliados mediante um questionário que ficará na ficha individual de cada usuário.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Priorizar o atendimento dos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: a equipe fará a avaliação e classificação do risco e fragilização e estabelecerá a ordem de prioridade para o atendimento do dia da consulta dos idosos e se precisa atendimento domiciliar por seu estado de saúde e dificuldade para locomover-se.

Engajamento Público

Ação: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais freqüente.

Detalhamento: a equipe orientará nas reuniões coletivas, de conselho de saúde comunitário, na sala de espera da UBS e nos espaços públicos cada vez que for necessário sobre a importância do acompanhamento mais freqüente aos idosos fragilizados.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: o médico e a enfermagem capacitarão nas reuniões de equipe sobre a importância da identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

- Meta 17: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS; Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: O médico será responsável pela avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e daqueles idosos com rede social deficiente com apoio dos ACS.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: por meio dos ACS com os recepcionistas se agendará a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente a que será feita por equipe de saúde.

Engajamento Público

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS; Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: a equipe de saúde participará nas ações de promoção da socialização da pessoa idosa nas escolas, igrejas grupos de apoio, etc. e criando grupos de idosos novos perto das zonas de residência dos mesmos.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: o médico, a enfermagem e assistente social serão os responsáveis pela capacitação do restante dos profissionais da UBS nas reuniões.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

- Meta 18: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos; Monitorar o número de idosos com obesidade e ou desnutrição.

Detalhamento: o médico e a nutricionista do posto farão as orientações nutricionais dos idosos a cada semana em consulta e identificarão os que apresentarem problemas de obesidade e desnutrição.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: o nutricionista e o médico com apoio dos demais profissionais da UBS mediante palestras e conversas todas as semanas na recepção.

Engajamento Público

Ação: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: a nutricionista e a equipe farão a capacitação aos cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis a cada 15 dias.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira"; Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: a nutricionista será a responsável pela capacitação aos profissionais da UBS a cada mês.

- Meta 19: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos; Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: acordar com a secretaria de saúde para o convenio com o professor de desportos para agendar uma vez por semana a realização dos mesmos com os idosos da área.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular; Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: a assistente social irá coordenar o grupo comunitário de idosos para que continue com as atividades semanais, assim como continuar com a preparação dos profissionais da UBS para a promoção de atividades físicas em toda a população em especial os idosos (responsável: médico e enfermagem).

Engajamento Público

Ação: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: todos os profissionais da UBS estarão preparados para fazer ações de promoção de saúde sobre a prática de atividade física regular todos os dias da semana que tenham encontros com pessoas idosas.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: o médico e a enfermagem, assim como o professor de desportes, capacitarão os demais profissionais em cada reunião de equipe de saúde assim como reunião do conselho comunitário de saúde.

- Meta 20: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: será feito por odontólogo, técnico de odontologia, médico e enfermagem ao fim de cada mês, mediante a revisão das fichas individuais das pessoas idosas cadastradas na UBS.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: será feito uma consulta semanal de odontologia assim como visitas domiciliares pelo técnico de odontologia e enfermagem e médico da UBS com revisão da cavidade bucal e orientações individuais sobre prevenção e tratamento das afecções odontológicas e cuidadas das próteses.

Engajamento Público

Ação: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: será feito por odontólogo, técnico em odontologia e todos os profissionais da UBS em cada contato que tenham com as pessoas idosas.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: será feito por odontólogo e técnico em odontologia mediante palestras sobre higiene bucal, prótese dentárias, importância do escovado dos dentes, etc., com uma frequência mensal.

2.3.2 Indicadores

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde ESF São Gregório, Dom Pedrito, RS, 2015.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde

Meta 2: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e ou diabéticos.

Indicador 4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 7: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 7: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 8: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 8: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 9: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de HAS para DM.

Indicador 9: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de HAS.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 10: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 11: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 12: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 12: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Meta 13: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 13: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 14: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Indicador 14: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 15: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 15: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 16: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 16: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 17: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Indicador 17: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 18: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 18: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 19: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 20: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa Saúde do Idoso, vamos adotar o Manual Técnico dos Idosos, do Ministério de Saúde 2006. Utilizaremos a ficha do idoso e a ficha espelho disponíveis no curso. Estimamos alcançar com a intervenção 306 idosos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 500 fichas complementares que serão anexadas a fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro, identificando todos os idosos que vierem ao serviço para atendimento nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para as fichas espelhos. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e Avaliação Multidimensional Rápida sem realizar.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim começaremos a intervenção, sobre o Manual Técnico dos Idosos, para que toda esta equipe utilize esta referência na Atenção aos Idosos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada ao final do expediente no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estuda uma parte do manual e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos idosos que forem ao serviço, será realizado pela técnica de enfermagem. Os idosos que apresentarem alguma doença aguda serão acompanhados e alguns encaminhados, já que não contamos com todos os recursos necessários para todas as urgências. Os idosos que vierem a consulta de seguimento sairão da UBS com a próxima consulta agendada. O acolhimento das intercorrências será priorizado nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os idosos proveniente da busca ativa serão reservadas 5 consultas por semana.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na igreja da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da consulta ao idoso. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de idosos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos pacientes idosos identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O ACS fará busca ativa de todos os idosos em atraso, estima-se 5 por semana totalizando 20 por mês. Ao fazer a busca já agendará o idoso para um horário de sua conveniência. No final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha de curso.

Capítulo 3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao relatar sobre as ações desenvolvidas durante o período da intervenção cabe ressaltar que, ao iniciarmos as atividades, foi programado um período de quatro meses para a realização das mesmas, no entanto, este prazo precisou ser antecipado, de modo que todas as ações previstas foram realizadas em um período de três meses. Esta mudança se fez necessária para que fosse possível ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido com a Universidade.

Mesmo com o período reduzido conseguimos cumprir com todas as ações previstas no cronograma do projeto de intervenção e todas também foram cumpridas integralmente com a participação ativa de todos os membros da Equipe de Saúde. O número total de idosos na área da abrangência da unidade é de 510 idosos e conseguimos cadastrar 498 deste total. Para atingir esta cobertura, foi necessário planejamento e organização em todas as ações desenvolvidas. Iniciamos pelas capacitações com os profissionais de saúde na primeira semana da intervenção. Para a realização desta ação nos guiamos pelo protocolo do Ministério da Saúde referente a atenção às pessoas idosas. Tivemos a participação de todos durante esta atividade. Para o cadastramento das ações, capacitamos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) os quais foram fundamentais para a realização desta ação de forma efetiva. Os atendimentos clínicos tanto do médico quanto do odontólogo foram programados de acordo com o número de idosos cadastrados. Os grupos de idosos também formaram parte das ações deste trabalho, tendo grande repercussão entre a população. Nos grupos foram desenvolvidas ações de promoção, prevenção e reabilitação de saúde. Todos os idosos acamados e com dificuldades de locomoção receberam visitas domiciliares. A busca ativa de idosos faltosos às consultas aconteceu com efetividade já que todos foram recuperados.

O estabelecimento do papel de cada profissional nas atividades da intervenção foi fundamental para a organização do serviço e evitou a concentração das atividades em apenas alguns profissionais. Desta forma a participação foi assídua e cada profissional teve seu papel dentro das ações estabelecidas e desenvolvidas no processo da intervenção.

Fizemos contato com os líderes comunitários e divulgamos o trabalho, recebendo o apoio de todos o que foi fundamental para o desenvolvimento das ações. Cabe destacar a participação dos idosos que são os protagonistas por assim dizer deste estudo. Contamos também com os familiares que foram sempre muito receptivos e contribuíram com participações nos grupos, demonstrando-se presentes no cuidado de seus idosos. Quanto ao monitoramento das ações, esta foi realizada semanalmente para que pudéssemos manter o ritmo e a organização das atividades que estavam sendo desenvolvidas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Como dito anteriormente, não tivemos ações que não foram desenvolvidas. Todas as ações que estavam previstas foram realizadas sem maiores dificuldades. Para isso contamos com o apoio de todos da equipe que durante todo o período se demonstraram integrados e empenhados no desenvolvimento de seu papel na ação programática. Influenciou também a participação da comunidade, os quais tiveram boa receptividade ao saberem do trabalho que estava sendo desenvolvido. A gestão contribuiu também, com a distribuição dos materiais necessários para o início da intervenção, facilitando o início das atividades.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tive nenhuma dificuldade com relação à coleta de dados. Todos os registros necessários encontram-se disponíveis nos arquivos de nossa unidade, também contei com ajuda dos ACS e os demais membros da Equipe de Saúde para que a coleta de dados fosse o mais fiel possível com relação à realidade da comunidade. Todas as fichas espelhos foram corretamente armazenadas para sua utilização durante as consultas programadas. As planilhas foram de fácil interpretação após estudos das orientações prévias anexadas a planilhas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção deve manter-se incorporada a rotina do serviço, pois todas as ações estão sendo desenvolvidas de forma programada por cada profissional de forma contínua. Pretendo melhorar a rotina de visitas domiciliares visto que os bairros são muito extensos e populosos. Para isso será feita a organização previa com a Secretaria de Saúde para disponibilizar veículo para realizar as visitas domiciliares mais distantes. Já temos um protocolo estabelecido, mas com relação aos idosos será disponibilizada uma consulta mais extensa para propiciar um atendimento humanizado e assim dar prosseguimento com os atendimentos agendados e organizados.

Capítulo 4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção ocorreu de forma consecutiva em 12 semanas. Na área da UBS São Gregório no município de Dom Pedrito /RS. De acordo com as estimativas, há 510 idosos na área de abrangência da unidade e durante o período da intervenção foram acompanhados 498 deste total.

O primeiro objetivo foi de ampliar a cobertura aos idosos. Para isso, estipulamos cadastrar 60% dos idosos da área de abrangência no Programa de Atenção à Saúde de Idosos da unidade de saúde. Dos 510 idosos da área de abrangência, no primeiro mês foram cadastrados 133, atingindo uma cobertura de 26,1%. No segundo mês foram 263 idosos cadastrados, com uma cobertura de 51,6% e no último mês da intervenção cadastramos 498 idosos, atingindo então a cobertura final de 97,6% do total de idosos cadastrados. Estes dados podem ser observados na Figura 1 abaixo.

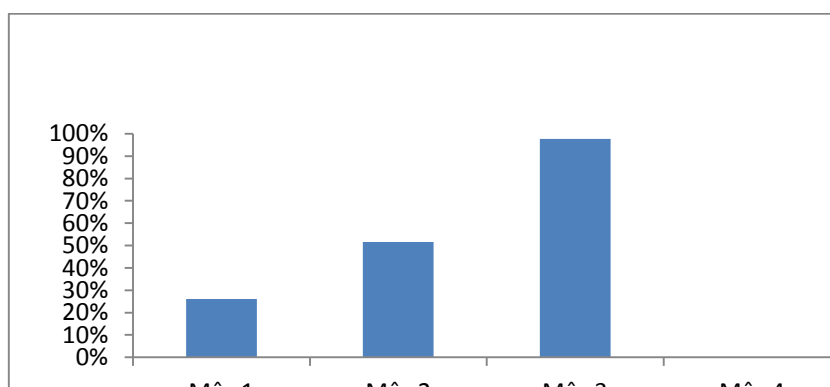


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde ESF São Gregório, Dom Pedrito, RS, 2015.

Os ACS tiveram um papel muito especial no cadastramento da população idosa da área de abrangência, realizando estas ações todos os dias de maneira organizada e com perseverança, sabendo a importância deste estudo para melhorar a qualidade de atendimento aos idosos.

O segundo objetivo foi de melhorar a qualidade da atenção aos idosos. Para isso, uma das metas foi de realizar avaliação multidimensional rápida em 100% dos idosos. Esta meta foi cumprida de forma integral em todos os meses da intervenção, de forma que do primeiro ao terceiro mês, para os 133, 263 e 498 idosos cadastrados respectivamente foi proporcionado a avaliação multidimensional rápida de acordo com o protocolo. A meta foi atingida devido a capacitação da Equipe de Saúde nos temas relacionados com a qualidade de vida dos idosos.

Outra meta estipulada para o alcance do objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos idosos foi de realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos. Esta meta também foi alcançada de forma integral em todos os meses da intervenção, sendo que do primeiro ao terceiro mês para 100% dos idosos foi realizado exame clínico apropriado de acordo com o protocolo. A meta foi atingida graças ao trabalho organizado, ao agendamento dos idosos oportunamente e dedicação em tempo até realizar os atendimentos em sua totalidade.

Ainda dentro do segundo objetivo, buscamos garantir a 100% dos idosos com HAS e DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No primeiro mês foram cadastrados 111 idosos hipertensos e/ou diabéticos e destes todos receberam os exames complementares em dia. No segundo mês foram 210 idosos cadastrados nestas condições e também todos receberam os exames complementares. No terceiro mês da intervenção, foram 386 idosos que apresentavam hipertensão e ou diabetes e em todos eles foram realizado os exames complementares em dia. A meta foi cumprida de forma integral em todos os meses da intervenção.

Ainda priorizando a melhoria da atenção aos idosos da área adstrita da UBS, priorizamos a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos idosos cadastrados na UBS, a qual também foi cumprida de forma integral em todos os meses. Desta forma, dos 133, 263 e 498 idosos cadastrados do primeiro ao terceiro mês respectivamente, 100% receberam a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. A meta obtida ao final da intervenção foi graças à orientações feitas da importância de manter tratamento de forma regular e as vantagens desta Farmácia.

Buscamos também cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da unidade de saúde. A estimativa é de que haja 66 idosos nestas condições na comunidade. No primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar 21 destes idosos, atingindo 31,8% do total. No segundo mês foram cadastrados 41 idosos acamados ou com problemas de locomoção, atingindo 62,1% do total e no último mês foram 66 idosos cadastrados nestas condições o que representou 100% do total, conforme observado na Figura 2.

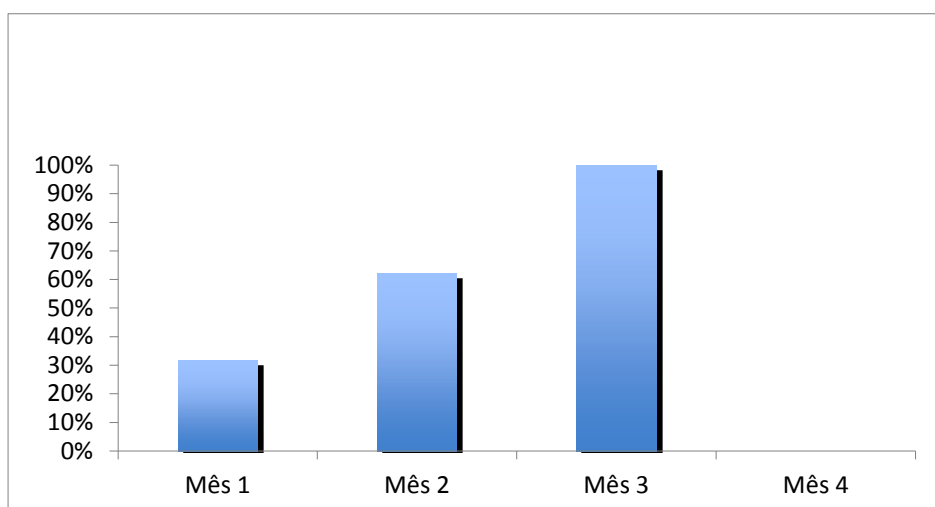


Figura 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.
Fonte: Planilha coleta de dados.

O alcance da meta de forma integral neste último mês deveu-se a importância do seguimento destes idosos de grande fragilidade.

Mantivemos como meta também realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. No primeiro mês dos 21 idosos acamados ou com problemas de locomoção, todos receberam busca ativa. No segundo mês, dos 41 idosos nestas condições, 38 (92,7%) receberam visita domiciliar. No último mês dos 66 idosos com problemas de locomoção ou acamados, 63 receberam visita domiciliar, atingindo uma cobertura de 95,5% neste período. A figura a seguir ilustra estas informações.

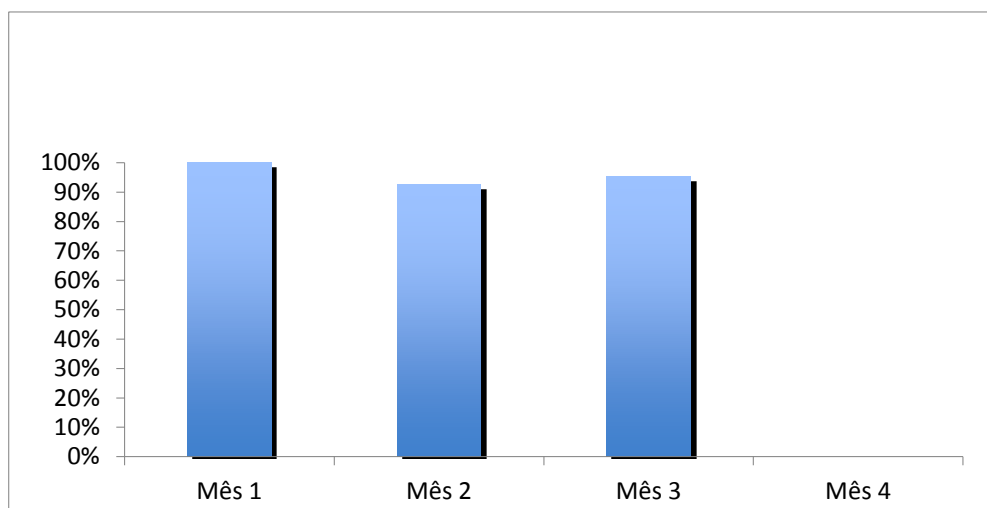


Figura 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Fonte: Planilha coleta de dados.

Como podemos observar no gráfico, nos dois últimos meses não conseguimos realizar visitas domiciliares para todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção, pois tínhamos dificuldades com o veículo para fazer estas visitas domiciliares que são de seis idosos que moram muito longe da unidade.

Outra meta foi de verificar a pressão arterial a 100% dos idosos na última consulta, a qual foi cumprida de forma integral em todos os meses da intervenção. Desta forma, 100% dos idosos cadastrados no programa receberam a verificação da pressão arterial durante as consultas. A meta foi atingida pela atenção integral e de qualidade a este grupo populacional.

Buscamos rastrear 100% dos idosos hipertensos para diabetes. No primeiro mês foram 108 idosos hipertensos e destes todos foram rastreados para diabetes. No segundo mês foram cadastrados 205 idosos hipertensos e de igual forma, todos foram rastreados para diabetes. No terceiro mês da intervenção, foram cadastrados 378 idosos hipertensos e destes, 100% foram rastreados para diabetes. A meta foi atingida integralmente em todos os meses graças a pesquisa ativa desta patologia em todos os idosos.

Estipulamos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos. Esta meta foi cumprida integralmente em todos os meses de forma que, todos os idosos cadastrados do primeiro ao terceiro mês foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico.

No entanto, no que se refere a realização da consulta odontológica, foi estipulado inicialmente realizar atendimento odontológico a 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde, porém a meta não foi cumprida integralmente. No primeiro mês, dos 133 idosos cadastrados, 116 (87,2%) receberam a consulta odontológica programática. No segundo mês, dos 263 idosos cadastrados, 216 (82,1%) receberam a consulta odontológica e no último mês, dos 498 idosos cadastrados, 443 (89%) consultaram com o odontólogo, conforme observado na figura a seguir.

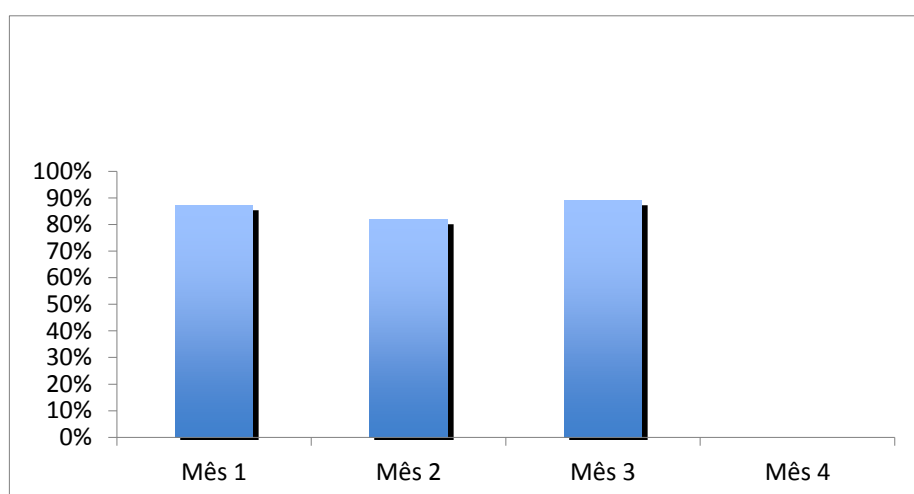


Figura 4: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática
Fonte: Planilha coleta de dados.

A meta pactuada de 100% não foi alcançada, porém tivemos bons resultados, pois mais da metade da população idosa foi avaliada nas consultas odontológicas e orientada sobre a importância da saúde bucal, assim como a organização dos serviços odontológicos para este atendimento.

A fim de melhorar a adesão dos idosos ao programa, estipulamos buscar 100% dos idosos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Do primeiro ao terceiro mês tivemos 17, 48 e 79 idosos faltosos às consultas respectivamente e destes, todos receberam busca ativa, sendo que a meta foi alcançada em sua totalidade em todos os meses da intervenção.

A fim de melhorar o registro das informações, estipulamos manter a ficha-espelho em dia de 100% dos idosos cadastrados na unidade. Durante os três meses da intervenção, todos os idosos cadastrados foram mantidos em dia com os registros nas fichas-espelho. Desta forma, a meta pactuada foi atingida integralmente.

Estipulamos também distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados. Esta meta também foi cumprida de forma integral durante os três meses da intervenção, sendo que 100% dos idosos cadastrados receberam a caderneta.

O quinto objetivo de nosso trabalho foi mapear os idosos de risco da área de abrangência. Para atender este objetivo estipulamos como meta rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade, a qual foi cumprida de forma integral em todos os meses da intervenção.

Outra meta referente ao quinto objetivo foi de investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas, a qual também foi cumprida em sua totalidade graças ao conhecimento das doenças dos idosos.

Também realizamos avaliação da rede social de 100% dos idosos e para atingir tal meta, mantivemos contato com familiares, acompanhantes, líderes comunitários e conhecimento da autonomia dos idosos.

Para a promoção da saúde dos idosos, estipulamos como uma das metas, garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos idosos. Tal meta foi cumprida de forma integral em todos os meses. Desta forma todos os idosos cadastrados em cada mês da intervenção receberam orientação. Para garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável para idosos e atingir nossa meta de 100%, foram realizados debates em reuniões, grupo de idosos, capacitações com a equipe realizando orientações sobre a importância de manter uma alimentação saudável.

Outra meta referente a promoção da saúde foi de garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários idosos, a qual também foi cumprida integralmente durante os três meses da intervenção, ou seja, todos os idosos cadastrados em cada mês receberam a orientação referida. O cumprimento desta meta foi garantido graças a capacitação de equipe multidisciplinar que levou estas orientações a toda população idosa.

Por fim, ainda pensando na promoção da saúde dos idosos, estipulamos garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos idosos, meta que também foi cumprida de forma integral. Isso significa que todos os idosos cadastrados durante os três meses da intervenção receberam as orientações sobre higiene bucal. A meta foi atingida sem nenhuma dificuldade, garantida pela necessidade de manter adequada a saúde bucal, pelo trabalho mantido e as contínuas ações de promoção de saúde.

4.2 Discussão

A intervenção em minha UBS propiciou a ampliação da cobertura da população idosa, da atenção a estes usuários na unidade e na comunidade, melhoria dos registros e qualificação dos atendimentos. Cadastramos um total de 498 idosos que representam 97,6% do total de 510 idosos, segundo estimativas do Caderno de Ações Programáticas, com uma população de 3735. As avaliações a este grupo populacional são feitas de acordo com o Protocolo do Ministério de Saúde e conseguimos alcançar a maioria das metas propostas em sua totalidade.

O indicador que apresentou menor porcentagem foi o de proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programática encontrando-se em 89,0% e segue em ordem crescente a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar que representou 95,5%. Neste sentido é válido ressaltar que os demais indicadores mantiveram-se em 100%. Trata-se então de uma melhoria substancial na qualificação dos atendimentos e com isso melhoria dos registros.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao atendimento dos idosos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe e o reconhecimento de cada membro a respeito de suas atribuições no desenvolvimento das ações da intervenção, sendo isso um ponto muito importante para manter o trabalho organizado. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas idosas. Este comportamento terminou provocando impacto em outras atividades nos serviços como o serviço odontológico que agora se comporta mais organizado e ativo nos atendimentos.

Antes da Intervenção quase todas as ações de saúde tinham um enfoque para o médico, agora, após este trabalho, pode-se observar uma maior quantidade de usuários satisfeitos com os atendimentos. A maioria dos registros e agendamentos dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea. Com a avaliação multidimensional rápida em dia, as avaliações para fragilização na velhice em dia e avaliação de risco para morbimortalidade em dia, estabeleceram-se prioridades nos atendimentos e seguimentos. Outro aspecto crucial para o apoio do idoso e para a organização do serviço é que todos os idosos possuem a Caderneta

de Saúde da Pessoa Idosa, a qual auxilia os profissionais no controle e monitoramento dos idosos.

A intervenção foi aceita por toda a população. Os idosos demonstram satisfação com as prioridades e os demais usuários não mostram inquietudes por estas prioridades oferecidas a este grupo populacional. Com a ampliação da cobertura dos idosos observa-se uma grande diferença na demanda destes aos serviços da unidade.

Agora que estamos no fim. do projeto percebo que a equipe esta mais integrada, mas como vamos incorporar à intervenção as rotinas do serviço terão condições de manter o trabalho organizado.

A intervenção deve manter-se incorporada a rotina do serviço, pois todas as ações estão sendo desenvolvidas de forma programada por cada profissional de forma contínua. Pretendo melhorar a rotina de visitas domiciliares visto que os bairros são muito extensos e populosos. Para isso será feita a organização previa com a Secretaria de Saúde para disponibilizar veículo para realizar as visitas domiciliares mais distantes. Já temos um protocolo estabelecido, mas com relação aos idosos será disponibilizada uma consulta mais extensa para propiciar um atendimento humanizado e assim dar prosseguimento com os atendimentos agendados e organizados. Também vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade com relação a necessidade e importância da atenção aos idosos. Continuaremos monitorando o trabalho e fazendo os atendimentos por os protocolos do Ministério de Saúde

Capítulo 5. Relatório da intervenção para gestores

Aos senhores gestores,

Estamos realizando um trabalho de intervenção na UBS São Gregório voltado para a atenção à saúde da pessoa idosa. Este teve como objetivo a qualificação da assistência a partir de um acompanhamento periódico e sistemático desta população. Atualmente possuímos um total de 498 idosos, ou seja, conseguimos atingir quase a totalidade de idosos da nossa área de abrangência.

Para o desenvolvimento deste trabalho foram estabelecidas algumas metas das quais, em sua maioria conseguimos cumprir integralmente. Dentre elas está a meta de ampliar a cobertura da população idosa em nosso serviço. Conseguimos num período de três meses de intervenção atingir 97,6% do total de idosos de nossa área de abrangência. Quanto a qualificação de nossa assistência, podemos dizer que realizamos avaliação multidimensional rápida e exame clínico para todos os idosos atendidos. Também alcançamos a totalidade dos idosos hipertensos e diabéticos com solicitação de exames complementares em dia. Conseguimos prescrever medicamentos da farmácia popular para todos os idosos cadastrados. Realizamos também visitas domiciliares aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção e atingimos mais de 95,5% de um total de 66 idosos nestas condições em nossa área de abrangência. Todos os idosos receberam a verificação da pressão arterial sistêmica, durante as consultas, também rastreamos todos os idosos hipertensos para diabetes. Conseguimos também que o 89% dos idosos realizassem consulta odontológica. Neste período procuramos também organizar nosso serviço e para isso buscamos atualizar todos os registros dos idosos, e aqueles que estavam consultando pela primeira vez, fez-se um registro completo dos dados em fichas espelho e prontuários. Também priorizamos a distribuição das cadernetas de saúde dos idosos aos 100%, as quais foram entregues para todos os que participaram do programa

neste período. Realizamos avaliação de risco para morbimortalidade e fragilização na velhice, bem como da rede social de todos os idosos participantes que foram cadastrados. Durante as consultas e atividades grupais, também oferecemos orientações quanto a alimentação correta, prática de atividade física regular e cuidados de saúde bucal.

Uma das dificuldades que enfrentamos no período da intervenção foi a respeito das visitas domiciliares, pois há residências que pertencem a nossa área de abrangência muito distantes da UBS, necessitando de um veículo para nos conduzir até estes locais. Sendo assim, gostaríamos de solicitar a colaboração dos gestores neste sentido e com isso, ser possível expandir nosso trabalho para as demais populações de forma efetiva. A UBS já está pensando em qualificar outras ações programáticas como Pré-natal, Puerpério, Saúde da Criança, Câncer de Colo Uterino e Câncer de Mama.

É de grande importância que todos os gestores tenham o conhecimento deste trabalho no sentido da importância dum adequado atendimento a este grupo populacional prioritário, determinado por a vulnerabilidade dos idosos, assim como o aumento deste grupo nestes últimos anos no Brasil, com a conseguinte importância de ter ou lograr uma velhice o mais saudável possível.

Capítulo 6. Relatório da Intervenção para a comunidade

A equipe da Unidade de São Gregório gostaria de informar à comunidade sobre a realização de um trabalho voltado para a população idosa que foi realizada durante três meses com o objetivo de melhorar o atendimento prestado a estas pessoas. Atualmente possuímos um total de 510 idosos na área em que o serviço de saúde atua e deste total conseguimos atender 498 idosos, ou seja, conseguimos atingir quase a totalidade de idosos da nossa área de abrangência.

No decorrer do desenvolvimento deste trabalho realizamos várias atividades com os idosos, dentre elas fizemos grupos de idosos a cada 15 dias na unidade básica, onde oferecemos orientações de saúde para que tenham melhor conhecimento de sua importância. Também foram feitas visitas domiciliares, melhoramos de sobremaneira os atendimentos clínicos e odontológicos e realizamos busca ativa dos idosos faltosos as consultas. Os agendamentos das pessoas idosas mantêm sua prioridade, pois juntamente precisamos manter o atendimento dos demais membros da população. Os idosos são um grupo populacional de prioridade e são atendidos desta forma por a organização e adequação dos agendamentos para que nenhum usuário fosse prejudicado.

Recebemos grande apoio dos líderes comunitários nestas atividades e estamos seguros que continuaremos contando com seu apoio para manter os atendimentos a população de 60 anos ou mais, assim como também o restante da população. Desta forma, para que possamos dar seguimento a este trabalho e melhorar a assistência prestada à comunidade, não somente para a população idosa, mas para as demais como Saúde da Criança, Câncer de Colo de Útero, Câncer de Mama, Pré natal, Puerpério é importante que todas as pessoas desta comunidade participem, divulguem as atividades realizadas e sejam parceiros na busca para a melhoria deste serviço. Contamos com a participação de nossa comunidade neste sentido.

Com o conhecimento e interiorização da importância deste trabalho, os idosos todos tenderam os atendimentos acorde aos protocolos do Ministério de Saúde e lograremos que eles alcancem uma velhice mais saudável.

Capítulo 7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Com relação ao processo de aprendizagem, posso dizer que o curso superou minhas expectativas iniciais, sendo um trabalho bem mais complexo e interessante desde sua etapa inicial até a final.

Para a prática profissional, sem dúvida teve grande importância todos os conhecimentos adquiridos, desde a habilidade com o idioma, quanto com os protocolos e todo o sistema de saúde do país. Então agora trabalhamos com maior desempenho com todos os grupos populacionais, pois com o decorrer das semanas deste trabalho, interiorizamos os protocolos de atendimentos, o que trouxe uma maior organização para o serviço, maior conhecimento para a equipe, devido às capacitações o que refletiu no atendimento a comunidade. Atualmente costumamos refletir e planejar ações e estratégias de trabalho, o que incentiva a mudança e nos capacita enquanto profissionais de saúde.

Com a realização desta especialização reforçamos e incrementamos os critérios diagnósticos e terapêuticos, assim como aprimoramos nossos conhecimentos em relação à Especialidade que tínhamos (Medicina Geral Integral) e a especialidade Saúde da Família. Também foi possível a interação com pessoas de diferentes regiões do país, através das interações nos fóruns, o que incrementou muito o aprendizado.

O profissional de saúde deve manter-se em contato contínuo com a aprendizagem, a fim de manter os conhecimentos atualizados e assim realizar um trabalho ótimo e oferecer ao usuário o atendimento de acordo com suas necessidades.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - **Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa Idosa** – PNSI, 2006.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 3											
	Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção está cadastrado?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve verificação de pressão arterial última consult
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
6	223											
7	224											
8	225											
9	226											
0	227	0										
1	228	0										
2	229	0										
3	230	0										
4	231	0										
5	232	0										
6	233	0										
7	234	0										
8	235	0										
9	236	0										
0	237	0										

	A	B	C	M	N	O	P	Q	R	S
	Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 3									
	Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
226	223									
227	224									
228	225									
229	226									
230	227	0								
231	228	0								
232	229	0								
233	230	0								
234	231	0								
235	232	0								
236	233	0								
237	234	0								
238	235	0								
239	236	0								
240	237	0								



Especialização em
Saúde da Família
e Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Anexo C - Ficha espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____. Número do Prontuário:____. Cartão SUS ____
 Nome completo:____. Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço:____. Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador ____ Telefones de contato:____/____/____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não / É acamado(a)? () Sim () Não / HAS? () Sim () Não / DM? () Sim () Não / Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: ____ cm / Perímetro Braquial: ____ cm / Osteoporose? () Sim () Não / Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual? ____

[illegible][illegible]

